17.

Ueber

Sarcome der Nasenscheidewand.

Inaugural-Dissertation

der

medicinischen Facultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt und öffentlich verteidigt

am Donnerstag den 30. April 1896, Vormittags 10 Uhr

von

Walter Cohn,
prakt. Arzt.

Opponenten:

Herr **Eugen Ottersky**, prakt. Arzt,
Herr **Ernst Schatz**, cand. med.

Königsberg i. Pr.
Druck von M. Liedtke, Bergplatz 7.
1896.

Meinem

hochverehrten Vetter A. Cohn

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Sarcome der Nase muss man im Allgemeinen als eine seltene Erkrankung bezeichnen. Berichtet doch Professor Moritz Schmidt in seiner Arbeit „Ueber Neubildungen in den oberen Luftwegen, dass er unter den in den letzten 10 Jahren beobachteten Fällen von Kranken nur sechs Mal Sarcom gefunden hat, und zwar eins beim Manne und fünf bei Frauen (unter 32997 Fällen).

Seine Zusammenstellungen über Neubildungen sind folgende:

I. In der Nase:

1. Lymphosarcome 2 (bei 2 Frauen),
2. Sarcome 6 (1 beim Manne, 5 bei Frauen),
3. Carcinome 5 (3 bei Männern, 2 bei Frauen).

II. Im Nasenrachenraum:

1. Angiosarcom (beim Manne),
2. 1 Sarcom (beim Manne).

Ich glaube, dass es daher ein gewisses Interesse darbieten würde, wenn ich die von dem Privatdocent Herrn Dr. Kafemann in schneller Folge (Juli 1894 — heute, den 5. April 1896) beobachteten Fälle von Sarcom der Nase kurz schildern, um so mehr als einzelnen der-

selben aus später noch zu erörternden Gründen ein besonderes Gepräge aufgedrückt ist.

I. Fall.

Dieser Fall von melanotischem Sarcom ist in der Inaugural-Dissertation des Herrn Dr. Olschewsky (17. Juli 1895) eingehend geschildert worden, doch des Zusammenhanges wegen will ich mir erlauben, ihn in den Rahmen meiner Arbeit einzufügen, mit Rücksicht auf die weitere Entwickelung desselben, welche zur Zeit der Abfassung der oben genannten Arbeit nicht bekannt sein konnte, da durch die operative Beseitigung ein bestimmter Abschluss erzielt worden war. Da aber in Folge verschiedener Missverständnisse sich verschiedene Fehler in den Text eingeschlichen haben, so will ich die Schilderung des Falles in revidierter Form zu geben versuchen.

Es handelt sich um einen Fall von melanotischem Sarcom bei einer Frau von 58 Jahren, welche Mitte Januar 1895 einer Nasenverstopfung wegen sich in die Behandlung des Herrn Dr. Kafemann begab. Nach ihrer Angabe soll sich die Nasenverstopfung erst im Laufe der letzten Woche eingestellt haben und mit häufigem und starkem Nasenbluten vergesellschaftet gewesen sein. Der sie behandelnde Arzt hatte bereits in der vollständig richtigen Annahme, dass nach Beseitigung des Athmungshindernisses die Blutungen aufhören würden, mehrfache glückliche Extractionsversuche mit der Zange gemacht, die Patientin dann aber schliesslich zur Behandlung an Herrn Dr. Kafemann gewiesen, welcher

bei seiner Untersuchung folgende Beobachtungen machen konnte:

Die untere Muschel der linken Seite zeigte sich hochgradig turgescirt. Der mittlere Nasengang war mit einem schwärzlich aussehenden, bei der leichtesten Berührung blutenden Tumor vollkommen ausgefüllt. An keiner Stelle ist eine Auftreibung des Knochengerüstes zu erkennen. Bei der Rhinoscopia posterior sieht man deutlich den mittleren Nasengang und in demselben 1 cm vom Choanenrande entfernt dieselben Tumormassen. Die rechte Seite war vollkommen normal. Die Durchleuchtung ergab vollkommen freie Kieferhöhlen beiderseits. Anamnestisch ist hervorzugehen, dass Patientin stets eine gesunde Nase gehabt haben soll und erst in den letzten Wochen über schnell sich einstellende Nasenverstopfung geklagt habe. Leider war darüber, ob Patientin an Nasenschleimpolypen gelitten hatte, nichts zu erfahren, da niemals vorher eine specialärztliche Untersuchung stattgefunden hatte. Es ist das wie gesagt, sehr zu beklagen, mit Rücksicht auf die sehr interessante Transformationsfrage. Die neuerdings von Massei, Schmiegelow, Bayer, Fink und anderen genau beschriebenen Fälle lassen ja keinen Zweifel mehr darüber, dass eine Umwandlung von gutartigen Tumoren der Nase, z. B. von Schleimpolypen, in bösartige Carcinome und Sarcome, stattfinden kann. Es muss daher bei jedem Sarcomfall der Nase versucht werden, eine absolut zuverlässige, genaue Orientirung über den früheren Zustand des Naseninnern zu erhalten. In der ganzen Familie sind keine carcinomatösen oder sarcomatösen Ante-

cedentien aufzufinden. Die Entfernung des Tumors, der seinem Adspect nach sofort für ein sarcomatöses Gewächs angesprochen werden musste, konnte noch mit der kalten resp. der galvanokaustischen Schlinge erfolgen. Die Ansatzstelle, die sich, wie die Sondenuntersuchung ergab, zweifellos an der bekannten Prädilectionsstelle der Schleimpolypen, nämlich dem hiatus semilunaris befand, wurde energisch mit dem Galvanocauter zerstört. Da Herr Dr. Kafemann wenige Tage nach der Entlassung der Patientin eine längere Reise antrat, konnte eine mikroskopische Untersuchung nicht vorgenommen werden.

Circa sieben Wochen nach der Entlassung stellte sich die Patientin nach der Rückkunft des Herrn Dr. Kafemann wieder vor. Bei der diesmaligen Untersuchung konnte er folgenden Befund aufnehmen: Der Tumor war in einer Weise recidiviert, dass derselbe bereits im introitus zu sehen war. Die linke Nasenseite war etwas aufgetrieben. Es wurde behufs mikroskopischer Untersuchung ein etwa haselnussgrosses Stück entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein melanotisches Sarcom. Es waren sehr grosse Zellformen vorhanden, oft mit ausserordentlich grossen Kernen. Vereinzelte Zellen waren mit melanotischem Pigment beladen. Patientin reiste darauf, weil sie sich angegriffen fühlte, für einige Tage nach Hause. Bei der sechs Tage später erfolgten Wiederkehr war bereits eine teigige Schwellung der linken Nasenseite vorhanden, auch war die linke Seite bedeutend mehr aufgetrieben, als vor sechs Tagen. Es musste deshalb eine, wenn möglich radicale Ent-

fernung des Tumors vorgenommen werden. Das im introitus befindliche Stück des Tumors war noch weiter hervorgetreten. Da an eine Entfernung der riesigen, rapid wachsenden Tumormassen per vias naturales nicht mehr gedacht werden konnte, so begab sich die Patientin Mitte April 1895 in die Privatklinik des Herrn Prof. Dr. Schneider behufs einer radicalen Operation.

Von dem Operationsverfahren konnte nur eines der grösseren Chirurgie angehörendes verwendet werden.

Es wurde die Nase in der Mittellinie gespalten, lateralwärts ferner das Nasenbein bis zum innern Augenwinkel mittels Hammer und Meissel durchtrennt, sodass dass gesammte Naseninnere der Betrachtung frei zugänglich war. In dem Moment der Umklappung quollen förmlich die zusammengepressten Geschwulstmassen aus ihrer zusammengedrückten Lage in die Höhe. Der bequemen mikroskopischen Untersuchung wegen wurde der Haupttumor mit der Schlinge abgetragen. Er hatte die Grösse einer sehr grossen Wallnuss. Die anderen sehr erheblichen Geschwulsttheile wurden mit dem Volkmann'schen Löffel entfernt. Der Ansatz- resp. Ausgangspunkt war der wie schon vor zwei Monaten die Sondenuntersuchung festgestellt hatte, Praedilectionsort der Nasenschleimpolypen, nämlich die Gegend des hiatus semilunaris im mittleren Nasengange. Eine gründliche Zerstörung der Ansatzstelle mittels des Thermocauters beendete die Operation. Die gesammten entfernten Geschwülste wurden dem hiesigen Königl. pathologischen Institut zur erneuten mikroskopischen Untersuchung überwiesen. Der Wundverlauf war ein vollkommen normaler.

Bereits nach dem Ablauf von 8 Tagen konnte die Patientin in die Heimath reisen. Eine weitere regelmässige Beobachtung hat bis zum heutigen Tage (2. Juni) kein Recidiv ergeben.

Patientin stellte sich ca. 1 Jahr nach der durchaus wohlgelungenen Operation Herrn Dr. Kafemann wieder vor. Die Inspection ergab ein vollkommenes Freisein von Sarcomgeweben in der Nase. Ein halbes Jahr später dagegen erschien sie von Neuem mit allen Anzeichen hochgradiger Macies mit der Angabe, dass seit einigen Wochen eine vollkommene Undurchgänglichkeit der linken Nase für Luft sich herausgestellt hätte, auch wäre vereinzelt Nasenbluten aufgetreten. Der Zustand sei ihr unerträglich und sie wünsche einen nochmaligen operativen Eingriff.

Die Inspection der Nase ergab folgenden Befund: Die linke Seite war vollkommen durch einen nur einige Millimeter von dem vorderen Ende der unteren Muschel entfernten, bei Sondenberührung sich äusserst hart anfühlenden, grauröthlichen Tumor angefüllt. Derselbe füllte auch die Nasenwand vollkommen aus, sodass nur mühsam eine Sonde am unteren Nasenboden entlang hindurch geführt werden konnte. Bezüglich des Ausgangspunktes des Tumors war etwas Gewisses nicht zu eruiren mittels der Sondenuntersuchung. Es machte bei der Umgebung des Tumors mittelst der Sonde den Eindruck, als wenn nicht das Siebbein, sondern der obere Theil der Nasenscheidewand der Ausgangspunkt wäre, Doch wie gesagt, konnte mit Sicherheit die Ausgangsstelle nicht festgestellt werden. Eine Auftreibung der

äussern Nase, wie sie vor der ersten Operation vorhanden war, hatte sich dieses Mal noch nicht entwickelt. Rechterseits waren alle Symptome einer Kieferhöhleneiterung vorhanden, ohne dass indess Polypen oder Tumorenbildung irgend welcher Art vorhanden gewesen wären. Es wurde deshalb auf eine weitere Untersuchung mittelst Anbohrung der Kieferhöhle, Probedurchspülung etc. kein Gewicht gelegt. Patientin verlangte einen zweiten operativen Eingriff; jedoch musste derselbe nach gründlicher Erwägung aller Umstände, insbesondere der weit vorgeschrittenen Macies und Kachexie als aussichtslos, wenn auch nicht gerade das Leben direkt bedrohend, aufgegeben werden. Bemerkenswerth in diesem Falle ist, dass der äussere Adspect des Tumors sich wesentlich unterschied von demjenigen des ursprünglichen Tumors. Während man bei letzterem sofort nach dem äusseren Ansehen die Diagnose „Melanotisches Sarcom“ stellen konnte, eine Diagnose, welche ja auch die von Herrn Prof. Nauwerck ausgeführte mikroskopische Untersuchung bestätigt hatte, machte der recidivirte Tumor von vornherein nicht den Eindruck eines melanotischen Gewächses. Exstirpation eines Theiles des Gewächses behufs mikroskopischer Untersuchung wurden wegen der vorgeschrittenen Kachexie der Patientin und wegen der mit einer derartigen Exstirpation stets verbundenen nicht unbeträchtlichen Blutung nicht vorgenommen, sodass über den mikroskopischen Charakter des Gewächses leider nichts ausgesagt werden kann.

II. Fall.

Wilhelm Michael, 27 Jahre alt, verheirathet, evangelisch, Besitzer.

Herr Michael stellte sich am 2. März 1896 Herrn Dr. Kafemann vor mit der Angabe, seit 2 Jahren keine Luft durch die linke Nasenseite zu bekommen. Er ist bereits vor ca. einem Jahre in der Behandlung eines Fachkollegen gewesen, der eine Reihe von Operationen vorgenommen hatte, ohne das indessen das gewünschte Resultat, nämlich die Wiederherstellung der Nasenathmung linkerseits dauernd erzielt worden wäre. Aeusserlich war an der Nase nichts Abnormes zu entdecken, keinerlei Auftreibung, keinerlei Röthung. Die Inspektion der linken Nase ergab Anwesenheit eines grau-röthlichen Tumors, welcher die gesammte Nasenhöhle ausfüllte und den Boden der Nasenhöhle berührte. Von der vorderen Peripherie desselben erstreckte sich ein kuglicher Fortsatz, der den Eindruck eines mit breiter Basis aufsitzenden Polypen machte. Die rhinoscopia posterior, die in diesem Falle ausserordentlich leicht auszuführen war aus naheliegenden Gründen, ergab, dass der Tumor sich bis in den Nasenrachenraum erstreckte und letztere Höhle vollkommen ausfüllte, sodass er überall den Wandungen der Nasenrachenhöhle prall anlag und der weiche Gaumen in seiner Beweglichkeit beträchtlich behindert war. Nasenblutungen haben übrigens niemals stattgefunden, die einzige Beschwerde hatte sich stets nur auf die Undurchgänglichkeit erst der linken, später auch der rechten Nasenseite bezogen. Gehörstörungen selbst geringerer

Art will Patient niemals bemerkt haben. Die Diagnose musste in diesem Falle sofort auf einen sarcomatösen Tumor gestellt werden, weshalb auch dem Patient der Vorschlag einer Radicaloperation mittels Aufklappung der äusseren Nase gemacht wurde. Da Patient indess sich nicht sofort mit diesem Eingriff einverstanden erklärte, vielmehr um den Versuch einer exstirpatio per vias naturales bat, wurde der vorhin geschilderte polypoide mit breiter Basis auf dem Haupttumor aufsitzende Fortsatz mittels kalter Schlinge entfernt. Das abgeschnittene Stück hatte etwa die Grösse einer grossen Haselnuss. Die dabei auftretende Blutung war eine so enorme, dass binnen wenigen Sekunden eine einen halben Liter enthaltende Schale bis zum Rande volllief; die darauf mittels Jodoformgaze ausgeführte Tamponade stillte die Blutung sofort, jedoch trat nach 2 Stunden, da Patient die Jodoformgaze herausgezogen hatte, eine sehr bedeutende Nachblutung ein, welche gleichfalls mittels Tamponade gestillt werden musste. Das Blut strömte in einem gleichmässigen ausserordentlich kräftigen Strahl aus der Nase ab. Nach dieser Probeexstirpation konnte ein Zweifel darüber nicht mehr bestehen, dass eine Radicaloperation dieses Gewächses nur mittels Aufklappung der Nase in der Mediallinie erreicht werden konnte. Patient entschloss sich jetzt auch zu derselben. Er begab sich zu diesem Zweck in das städtische Krankenhaus, wo am 12. März 1896 die Operation von Herrn Professor Dr. Schneider ausgeführt wurde. Es wurde ein Schnitt längs des Nasenrückens geführt, ein zweiter vom obern Rande desselben ausgehend, fast senkrecht dazu verlaufend,

bis zu dem inneren Augenwinkel; das linke Nasenbein wurde mit einer Knochenscheere losgetrennt, und von dem os frontale abgemeisselt. Der ganze Hautweichtheillappen wurde nach links abgeklappt. Der Tumor wurde darauf mittels Elevatorium und scharfen Löffels entfernt. Der Ausgangspunkt des Tumors befand sich im mittleren Nasengange. Die dabei entstehende sehr bedeutende Blutung wurde mit Jodoformgaze-Tamponade gestillt. Einige Stunden nach der Operation trat durch den Tampon hindurch eine sehr bedeutende Nachblutung auf. Am 18. März 1896 wurden Tampon und Nähte entfernt. Am 23. März konnte der Patient als geheilt entlassen werden. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors bestätigte die dem äusseren Adspekt nach gestellte Diagnose. Es handelte sich um ein ödematöses Fibrom, welches an der Oberfläche von geschichtetem Flimmer-Epithel überzogen war und in der Tiefe aus äusserst gefässreichem Gewebe bestand (Fibroangiosarkom). Patient hat sich vor einigen Tagen wieder vorgestellt, und konnte der Fortbestand der Heilung konstatirt werden.

III. Fall.

Frau Basse Babinowitz aus Lawkowo, Gouvernement Kowno, stellte sich im Frühjahr 1895 Herrn Dr. Kafemann mit der Angabe vor, rechterseits an Nasenverstopfung und an eitrigem Ausfluss zu leiden. Die Untersuchung ergab Abwesenheit von Nasenpolypen und Tumoren irgend welcher Art, dagegen zeigte sich deutlich ein eitriger Ausfluss im mittleren Nasengange,

der von vornherein mit fast vollkommener Sicherheit als der Ausdruck eines rechtsseitigen Kieferhöhlenempyems angesprochen werden durfte. In der That bestätigte die sofort vorgenommene Anbohrung der Kieferhöhle von der Alveole, trotzdem die Durchleuchtung ein negatives Resultat ergeben hatte, aus die Richtigkeit der Diagnose. Bei der Durchspülung entleerte sich eine grosse Menge eitrigen Sekretes. Patientin wurde darauf, da sie nicht lange Zeit in Königsberg verweilen konnte, mit einem Spülapparat in die Heimath entlassen, mit der Weisung, täglich eine Spülung der Kieferhöhle mit Borsäure vorzunehmen.

Im October 1895 stellte sich Patientin von Neuem vor; das jetzt sich darbietende Bild war allerdings ein wesentlich anderes. Die besagte Nasenhöhle war, wie in dem vorhin geschilderten Falle, mit einem glatten, bei Berührung leicht blutenden grauröthlichen Tumor ausgefüllt, der wie die rhinoscopia posterior ergab, gleichfalls bis in den Nasenrachenraum hineinragte, ohne indessen diese Höhlung wie in dem Falle Michael vollkommen auszufüllen. Es wurde behufs mikroskopischer Feststellung des Charakters der Geschwulst ein Stück mit der kalten Schlinge abgeschnitten, wobei nur eine relativ unbedeutende Blutung sich einstellte. Die mikroskopische Untersuchung dieses Stücks ergab deutlich die sarcomatöse Natur des Gewächses, weshalb eine Radikaloperation mittels Aufklappung der äusseren Nase vorgeschlagen wurde. Der operative Eingriff wurde von der Patientin acceptirt und genau wie in den vorhergehenden Fällen ausgeführt. Die Grösse der Tumor-

massen war eine geradezu erstaunliche. Die vorderen Siebbeinzellen zeigten sich deutlich als der Ausgangspunkt des Sarcoms. Nach gründlicher Auskratzung aller mit blossem Auge sichtbaren Tumormassen mittels scharfen Löffelwunden alle einer sarcomatösen Entartung verdächtigen Stellen mit dem Paquelin äusserst energisch zerstört.

Der Heilungsverlauf war ein vollkommen normaler. Nach Ablauf von 10 Tagen war eine vollkommene Heilung der innern sowie der äussern Nase eingetreten. Patientin reiste darauf in die Heimath ab. Am 4. April 1896 erhielt Herr Dr. Kafemann von Herrn Dr. Sack aus Schileli einen kurzen Bericht über die besagte Patientin. Dieselbe hatte sich zur Nachuntersuchung bei genanntem Kollegen eingestellt, wobei konstatirt wurde, dass „eine deutliche Schwellung im oberen Nasenraum“ vorhanden wäre und eine eitrige flache Wunde daselbst sich etablirt hätte. Patientin soll angegeben haben, dass sie durch die rechte Nasenseite keine Luft bekomme, und dass ein eitriges Sekret aus dieser Nasenhälfte ausfliesse. In wieweit diese Angaben des Herrn Dr. Sack auf ein Recidiv zu beziehen sind, ist nicht mit Sicherheit festzustellen. Es ist nicht unmöglich, dass die nach einem derartigen grösseren operativen Eingriff sich häufig in der Nase etablierende Borkenbildung als flache eitrig secernirende Wunde gedeutet wurde, oder aber, was wahrscheinlicher ist, dass das rechterseits zweifellos existirende Kieferhöhlenempyem nach Exstirpation des Tumors sich objektiv und subjektiv wieder bemerkbar macht, objektiv durch Congestionirung der

den hiatus semilunaris umgebenden Schleimhaut und Ansammlung von Eiter im mittleren Nasengange, subjektiv durch das Gefühl der Verstopfung und Undurchgänglichkeit der befallenen Nasenseite für den Luftstrom. Jedenfalls ist aus den gewiss sehr dankenswerthen Angaben des russischen Kollegen noch nicht mit Sicherheit der Schluss auf ein Recidiv zu ziehen, das in diesem Falle als ein äusserst schnell nach der Operation aufgetretenes zu betrachten sein würde. Ob wir in diesem Falle die Kieferhöhleneiterung in irgend einen aetiologischen Zusammenhang mit dem Tumor bringen dürfen, lasse ich dahingestellt. Bei der grossen Häufigkeit des Kieferhöhlenempyems glaube ich, dass es sich nur um eine zufällige Coexistenz gehandelt hat, ohne gegenseitige Beziehungen aetiologischer Natur. Nicht undenkbar wäre indessen jene häufig beobachtete Umbildung eines gutartigen Tumors in einen sarcomatösen also bösartigen, der ursprünglich ja ganz wohl hätte durch das Kieferhöhlenempyem hervorgerufen sein können.

IV. Fall.

Frau A. in D., circa 55 Jahre alt, Patientin, die Mutter eines in der Provinz Ostpreussen ansässigen, sehr erfahrenen praktischen Arztes wurde von letzterem im October 1894 Herrn Dr. Kafemann vorgestellt behufs Untersuchung der linken Nasenhöhle, aus welcher seit einigen Wochen sehr häufig, fast täglich sich starke nur schwer mittels Tamponade stillbare Blutungen eingestellt hätten. Die von dem Kollegen mehrfach ausgeführten mikroskopischen Untersuchungen hätten ein vollkommen

negatives Resultat ergeben. Hereditär ist über die Patientin nichts Besonderes, in Sonderheit nicht über die Nase auszusagen.

Die von Herrn Dr. Kafemann an einem durch Blutungen nicht gestörten Tage nach vorangegangener Cocainisirung vorgenommene Untersuchung ergab gleichfalls nur ein völlig negatives Resultat; weder konnten Varicen am vorderen knorpeligen Septum, noch am Nasenboden, noch an irgend einer anderen Stelle der Nase entdeckt werden, auch war nirgends die Spur eines Tumors zu finden. Patientin reiste darauf in ihre Heimath zurück. $1^1/_2$ Jahre später berichtete der Sohn der Patientin, Kollege A. in D. folgendes über seine Mutter:

Da die Blutungen nach der Rückkehr keineswegs aufgehört, vielmehr in kurzen Zwischenräumen sich wiederholt hätten, nahm Kollege A. seine Mutter zu sich ins Haus, um zu jeder Zeit derselben hülfreich zur Hand sein zu können. Etwa zwei Monate nach ihrer Königsberger Reise entdeckte er am knöchernen Septum und zwar am oberen Abschnitte etwa vis-à-vis der mittleren Nasenmuschel einen röthlichen etwa bohnengrossen Tumor, den er exstirpirte und an das pathologisch-anatomische Institut zu Königsberg behufs mikroskopischer Untersuchung schickte. Die letztere ergab ein zweifelloses Sarcom. Kollege A. entfernte darauf mit Schlinge und scharfem Löffel die noch vorhandenen Reste des Tumors und zerstörte die Basis deselben äusserst gründlich mit dem Paquelin. Ein Recidiv ist bis jetzt, circa $1^1/_2$ Jahre, nicht aufgetreten. Bemerkenswerth ist an diesem Falle die ja schon oft in der Literatur erwähnte

und betonte Thatsache, dass durch Inspection noch nicht erkennbare, in der Entwickelung begriffene bösartige Tumoren sich lange vor ihrem Sichtbarwerden durch äusserst hartnäckige, schwer stillbare Blutungen ankündigen können.

Nachdem ich so die 4 Fälle einer ausführlichen Schilderung unterzogen habe, wird es mir anliegen, dieselben in einer zusammenfassenden Besprechung kurz noch einmal zusammen zu fassen. Was zunächst die Häufigkeit des Sarcoms im Allgemeinen betrifft, so scheint dieselbe doch nicht so unbedeutend zu sein — bei unserem ostpreussischen und russischen Krankenmaterial wenigstens als Natier[1]), der sich im Jahre 1893 gelegentlich des Kongresses der belgischen Laryngologen eingehend über das Sarcom der Nase äusserte, im Anschluss an einen eigenen Fall und 5 Fälle Duplay's annimmt. Dieser Forscher sagt darüber Folgendes:

D'après les traités généraux de pathologie externe, et mêmes les traités spéciaux, les sarcomes des fosses uasales· sont excessivement rares; aussi me suis-je cru autorisé à vous rapporter un fait de ma pratique personelle et suis-je heureux d'y joindre cinq autres que M. le professer Duplay m'a autorisé à vous signaler.

Wenn nun aber in der Clientel eines einzigen Arztes im Laufe von kaum 2 Jahren 5 Fälle von Sarcom der Nase zur Beobachtung gelangten, so kann man sich

---

[1]) Vide Ref. in Ann. des maladies de l'oreille 1893, pag. 893.

wohl die Freiheit nehmen, dieses schwere Uebel als keineswegs selten zu bezeichnen. Hinsichtlich der Geschlechter muss erwähnt werden, dass von den fünf in der Dissertation angeführten Fällen vier auf Rechnung des weiblichen Geschlechtes und nur einer auf die des männlichen zu setzen ist. Was das Alter der von Sarcom befallenen betrifft, so befanden sich die Patientin in meinem Falle im Alter von 35 bis 56 Jahren, eine Thatsache, die sich vollkommen mit den Beobachtungen anderer Autoren deckt. Des oben erwähnten bedeutenden Forschers Natier's[2]) Fälle befanden sich im Alter von 24 bis 56 Jahren. Bei genauer Durchsicht der Literatur stellt sich mit aller Evidenz heraus, dass das weibliche Geschlecht procentualiter stärker befallen wird, als das männliche. Was das Alter anbetrifft, so bestätigen unsere Fälle die bereits bekannte Thatsache, dass das Sarcom keineswegs im Alter vorgeschrittene Patienten bevorzugt, vielmehr auch die mittleren Altersstufen nicht verschont. Die eine unserer Patientin war kaum 35 Jahre alt, während eine andere im Anfang der vierziger stand. Dass das Sarcom auch bei den jüngsten Altersstufen zu finden ist, bestätigen verschiedene aus der Literatur mitgetheilte Fälle. So berichtet Schmiegelow über ein Chondrosarcom bei einem zweijährigen Kinde, welches sich in der rechten Nasenhälfte entwickelt hatte, Moure sah ein Sarcom bei einem Kinde von $2^1/_2$ Jahren und neuerdings fand Lacoarret ein solches Gewächs im mittleren Nasengang bei einem elfjährigen Mädchen.

[2]) Strohe „Dissertation über das Sarcom der Nasenhöhle", Bonn 1892.

Der Ausgangspunkt war durchgehend die Umgebung der mittleren Muschel: Subjectiv kündigten sich alle diese Fälle durch progressive Erschwerung der Nasenathmung bis zur völligen Impermeabilität der befallenen Nasenseite für Luft an. In dem Falle Frau A. war die Nasenverstopfung mit Nasenbluten verbunden und die Epistaxis in der Regel ein äusserst bedrohliches, sodass in jedem Falle zu einer festen Tamponade mittels Jodoformgaze geschritten werden musste. Unser Fall bestätigt deshalb vollkommen die Erfahrungen von A. Gouguenheim und Helary[3]) in ihren vortrefflichen Studien über die Tumoren der Nasenscheidewand „Des tumeurs malignes de la cloison des fosses nasales."

Es heisst pag. 310/11 wie folgt:

Le début des tumeurs malignes de la cloison est toujours lent et insidieux. Les saignements de nez sont en general les premiers troubles qui attirent l'attention, sans qu'on puisse soupçonner encore l'imporatauce de la maladie qui va se développer. Ces épistaxis se manifestent spontanément, et lorsque le malade se mouche avec un certain effort: D'abord légères et se montrant à de longs intervalles, elles se répètent bientôt et augmentent d'abondance; le moindre attouchement devrient alors la cause d'un écoulement de sang par le nez. Ces hémorragies se produisent, soit, sous l'influenxe de la vascularisation exagérée de la tumeur, comme daus

[3]) Des tumers malignes de la cloison des fosses nasales. Annales des maladies de l'oreille 1893, pag. 310/11.

les cas de sarcome télangieclasique, soit, du fait d'une légére ulcération de la surface, comme daus les cas d'épithélioma. Par leur abondance, elles constituent un danger redoutable par la vie des malades.

Was die Recidive in unseren Fällen anbetrifft, so ist ein solches aufgetreten bei dem melanotischen Sarcom, dagegen ausgeblieben bei Frau A. In dubio muss diese Frage gelassen werden bei Frau Rabinowitz. Hinsichtlich der Prognose ist das Sarcom der Nase im Allgemeinen nicht so bösartig als das Carcinom, doch kann darüber nicht der geringste Zweifel bestehen, dass nur ein sehr frühzeitiger operativer Eingriff Aussicht auf radikalen Erfolg hat. Selbst bei einem so ausserordentlich gründlichen und energischem Verfahren wie es bei allen unseren Fällen angewendet wurde, mit Ausnahme der Frau A. — Spaltung der äussern Nase, Écrasement-Zerstörung der Basis mit dem Paquelin — wird bei längerem Bestande die Wahrscheinlichkeit gross sein, dass eine sarcomatöse Degeneration bereits in einer oder in mehreren Siebbeinzellen stattgefunden hat, die früher oder später zu einem Recidiv Veranlassung giebt. Ich schliesse mich deshalb vollkommen der Ansicht Natiers an, welcher sagt pag. 895: Le pronostic est défavorable probablement parce que les malades ne viennent que troptard réclamer les secours de la chirurgie. Nous voyons, du reste, que toute intervention est suivie dans un délai plus ou moins rapproché, d'une récidive, qui, combattue à nouveau, ne tarde pas à se reproduire pour aboutir à la mort. Aussi,

croyons nous qu'il convient d'agir hâtivement, dès qu'on aura fait le diagnostic; la guérison, si tant est qu'elle soit possible, u'ayant chance de survenir que dans les cas où l'intervention aurait été prématurée et très rapprochée du début de l'affection.

Auffallend ist das binnen Jahresfrist bei dem melanotischen Sarcom erfolgte Recidiv. Im Allgemeinen nämlich pflegen die melanotischen Sarcome der Nase, soweit die Literatur uns Anhaltepunkte giebt, keine ausgesprochene Neigung zu Recidiven zu haben. So berichtet z. B. Dr. P. Heymann-Berlin gelegentlich der deutschen Naturforschergesellschaft zu Halle im Jahre 1891, dass in einem von ihm im Jahre 1887 operirten Falle von melanotischem Sarcom der Nase erst nach 4 Jahren sich ein Recidiv eingestellt hätte, und dass auch die übrigen Fälle von melanotischem Sarcom, die veröffentlicht wären (Lincoln, Michael, Michelsohn)[4]) sich durch das Ausbleiben des Recidiv ausgezeichnet hätten.

Die bösartigen Tumoren der Nasenscheidewand bieten eine bessere Prognose als die Siebbeinsarcome bezüglich der radikalen Heilung. Die Gründe dafür sind ganz einfach darin zu suchen, dass erstgenannte, da sie auf einer festen ebenen Unterlage sitzen, einer totalen Exstirpation in viel höherem Grade zugänglich sind, als die im Siebbein entstehenden. Ferner bieten die Tumoren der Nasen-

[4]) Autorreferat im internationalen Centralblatt für Laryngologie 1892, pag. 310.

scheidewand bedeutend günstigere Chancen als die Siebbeintumoren, da die Diagnose der ersteren viel früher und leichter gestellt werden kann, zumal in jenen Fällen, wo der Tumor seinen Sitz in dem vorderen Abschnitt des Septums hat. Dass indessen die Sarcome, die vom septum ihren Ursprung nehmen bezüglich der Diagnose ausserordentliche, kaum überwindliche Schwierigkeiten bereiten können, besonders in den Stadien der Entwickelung und des langsamen Wachsthums, das geht mit aller Evidenz hervor, wenn man einen genauen Einblick in unsere oben citirten Krankengeschichten macht. Thut man dieses, so wird man die wichtige Lehre daraus entnehmen können, dass man bei jedem Individuum, welches an habituellem Nasenbluten leidet, bei welchem man keinerlei aetiologische Momente, insbesondere Varicen der Nasenscheidewand zu entdecken im Stande ist, den Verdacht auf ein sich entwickelndes Sarcom zu werfen hat. Man ist daher verpflichtet, mit der grössten Genauigkeit in nicht zu grossen Zwischenräumen die Nase einer genauen Inspektion zu unterziehen, damit man nicht den günstigen Moment verabsäumt, in dem man noch helfend eingreifen kann.

Bezüglich der Transformationsfrage dieser Geschwülste wäre mit Rücksicht auf unsere Fälle noch folgendes zu bemerken: In der Literatur[5]) sind verschiedene Fälle mitgetheilt worden, in welchen ein Uebergang von gutartigen Tumoren in maligne beobachtet wurden. Insbe-

---

[5]) Douglas. Some points on malignant disease of the nose N.-Y. Med. Racord 7. Januar 1893.

sondere durch Semon's[6]) hochinteressante Sammelforschungen sind in den letzten Jahren sicher verbürgte Fälle derartiger Transformationen beobachtet und beschrieben. Ich will nach den von Fink[7]) im Jahre 1894 beschriebenen, sehr bemerkenswerthen Fall erwähnen, in welchem sich eine gutartige Geschwulst des antum Highmori in ein maliges Sarcom umwandelte. Was nun unsere Fälle anbetrifft, so können wir eine derartige Umwandlung nicht mit aller Sicherheit feststellen. Bestimmt ist zwar, dass bei Frau Rabinowitz zuerst ein Kieferhöhlenempyem bestand, das im weiteren Verlaufe — Patientin stand nur einige Tage in Beobachtung — zur Bildung von Schleimpolypen geführt haben kann. Es ist nun nicht von der Hand zu weisen, dass sich accidentell eine Transformation in malignem Sinne eingestellt hat. Sicher beobachtet aber konnte dieser Vorgang nicht werden. Auch bei den übrigen Fällen scheint die Sarcombildung eine genuine gewesen zu sein, da anamnestisch keine auf früheres Vorhandensein gutartigen Tnmoren hindeutende Momente zu finden waren. In therapeutischer Beziehung kann natürlich nur ein schnelles und energisch eingreifendes Verfahren am Platze sein; jeder Versuch mit schonenden Methoden per vias naturales eine Beseitigung des Tumors anzustreben, ist als völlig verwerflich zu bezeichnen. Selbst die Verwendung der Elektro-

---

[6]) Semon: „Die Frage des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen“ (Internationales Centralblatt 1888/89 pag. 89).

[7]) Fink. Archiv für Laryngologie und Rhinologie I. Bd. pag. 188.

lyse, die selbst in den vorgeschrittenen Fällen, besonders bei jugendlichen Individuen von fibro-sarcomatösen Nasenrachentumoren so glänzende Resultate erzielt, darf erst gar nicht zur Diskussion gestellt werden. Eine die Entfernung aller sarcomatösen degenerirten Theile anstrebende Behandlung hat die Freilegung des Krankheitsherdes zur Voraussetzung, die allerdings nur erzielt werden kann durch die mediane Spaltung der äusseren Nase in Verbindung mit einer lateralen Abtrennung des Nasenfortsatzes des os frotale. Ob die im Jahre 1873 von dem Lausanner Chirurgen Roux vorgeschlagene und neuerdings von Batut[8]) „chef de clinique à la faculté de médécine de Toulouse“ warm empfohlene, doch im Allgemeinen wenig populär gewordene Methode im Stande ist eine grössere Uebersichtlichkeit des Naseninnern zu Gewähr leisten, vermag ich nicht zu entscheiden, glaube aber auf Grund verschiedener Erwägungen dieselben bezweifeln zu dürfen.

[8]) Babut. „Annales des maladies de l'oreille. Mars 1894 pag. 219.

Zu Schluss erlaube ich mir, Herrn Privatdocenten Dr. R. Kafemann für die gütige Unterstützung und Benutzung des Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Thesen.

1. Bei ulcus ventriculi mit Perforation ist die sofortige Operation indicirt.
2. Bei tabes dorsalis ist die antiluetische Behandlung stets zu versuchen.

Vita.

Als jüngster Sohn des verstorbenen Kaufmanns Julius Cohn und seiner Ehefrau Caecilie, geb. Lissauer, wurde ich zu Gr. Brodsende, Kreis Stuhm, am 31. August 1870 geboren. Ich besuchte bis Ostern 1891 das Gymnasium zu Elbing, studirte bis 1891 Wintersemester in Berlin, begab mich von dort nach Königsberg, wo ich bis 1893 verblieb. Nachdem ich noch ein Semester in Berlin studirt hatte, kehrte ich nach Königsberg zurück und blieb bis zum Staatsexamen Anfang März 1896 hier. Am 24. April bestand ich mein rigorosum.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Privatdocenten:

M. Braun, H. Braun, Dohrn, v. Esmarch, Hartmann, Hermann, Jaffe, Kuhnt, Lange, Lewin, Lichtheim, Lossen, Neumann, Pape, Prabbe, Rosinski, Samuel, Schimmelbusch, Schreiber, Stetter, Stieda, Treitel, Waldeyer, Zander.

Allen diesen Herren, meinen Lehrern, sage ich hiermit meinen verbindlichsten Dank.